ÜBER DIE

# VERLETZUNG DER SCHEIDE

DURCH

# FREMDKÖRPER.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

ALCIBIADES MALTOS

APPR. ARZT

AUS MONASTIR.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG

DRUCK VON FRANZ SCHEINER, BUCHDRUCKEREI

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr Prof. Dr. Max Hofmeier.

MEINEM ONKEL

ANASTASE MALTOS

IN

LIEBE UND DANKBARKEIT.

Ausser bei Operationen und Geburten entstehen nicht selten Verletzungen der Vagina durch den Coitus und durch Fremdkörper.

Seit dem Jahre 1889 sind in der hiesigen gynäkologischen Klinik nicht weniger als 18 Fälle von Scheidenverletzungen durch Fremdkörper und 2 Fälle durch Coitus beobachtet und behandelt worden. Herr Professor Hofmeier hat die Freundlichkeit gehabt, mir die Veröffentlichung dieser Fälle zu überlassen und zugleich über die seither in der Vagina aufgefundenen sonstigen Fremdkörper zu berichten.

Viele Gegenstände aus dem Hausrat der Frauen begegnen dem Gynäkologen teils in der Erzählung seiner Patientinnen, teils als greifbare Befunde. So z. B. Haar- und andere Nadeln, Bier- und Wassergläser, Nadelbüchsen, Fadenrollen, Geldbörsen, Rüben, Radieschen, Pomadetöpfe u. s. w. Aber auch Maikäfer, Tannenzapfen, Steine und Bleistifte, Pessarien und Fragmente von Instrumenten müssen sehr oft vom Gynäkologen aus der Scheide entfernt werden.

Was die Ätiologie anbetrifft, so kann man zahlreiche Zwecke und Ursachen unterscheiden, weshalb Fremdkörper in die Scheide eingeführt werden und auf welche Weise sie dorthin gelangen.

v. Winkel (Lehrbuch d. Fr.-Krankh. II. Aufl. pag. 188) unterscheidet 6 Ursachen wie Fremdkörper in die Vagina kommen können:

1. Infolge medizinischer Manipulationen.
2. Zu masturbatorischen Zwecken.

3. Zu Verhütung der Konzeption.
4. Zu verbrecherischen Zwecken.
5. Durch Einwanderung von den Nachbarorganen.
6. Infolge Sturzes auf hölzerne oder eiserne Gegenstände.

Der Fremdkörper, welcher am häufigsten als die Ursache einer manchmal sehr schweren und ernsten Verletzung der Scheide angeschuldigt wird, ist das Scheidenpessar in allen seinen Formen.

Wie bekannt sind Prolaps des Uterus und der Vagina, Retroflexis und ähnliche Erkrankungen die häufigsten Gründe, aus denen der Arzt veranlasst wird, ein Pessar in die Vagina einzulegen.

Die Ansichten der Autoren über die Pessarbehandlung gehen sehr weit auseinander. Immerhin kann man jetzt konstatieren, dass die moderne operative Gynäkologie einen grossen Umschwung zu Ungunsten der Pessarbehandlung mit sich gebracht hat und so das Gebiet der für Pessarbehandlung geeigneten Fälle bedeutend eingeschränkt.

So segensreich ein gut gewähltes Pessar aus passendem Material bei pflichtgemässer Überwachung wirken wird, ebensoviel Unheil wird und muss es anrichten, sobald den verlangten Bedingungen nicht Genüge geschieht, sowohl von seiten des Arztes als auch von seiten der Kranken.

Angesichts des vielen Unheils, das durch die unvernünftige und nachlässige Handhabung des Scheidenpessars gestiftet wird, sagt Fritsch S. 224: „Es wäre fast nötig, dass man, wie giftige Medikamenten, einen freien Verkauf dieser Instrumente verhindert, so viel Unglück wird damit angerichtet.“ Wenn aber die Pessarbehandlung so sehr in Misskredit gekommen ist zu Gunsten der operativen Therapie, so tragen die Pessare nur teilweise selbst die Schuld, vielmehr aber der von Ärzten, Hebammen, Feldscherern und dem Laienpublikum geübte Missbrauch der Pessare.

Die Toleranz des Organismus gegen diesen Fremdkörper ist eine überaus verschiedene, andererseits hängt ebensoviel von der Form, Grösse, dem Material des Pessars ab, endlich von der stichhaltigen Indikation, der richtigen Applikation des

Pessars, und der richtigen Pflege, Obhut, Reinigung und Wechsel desselben.

Wird auf alle diese Bedingungen bei der Pessarbehandlung keine Rücksicht genommen, so muss man nachher rechnen mit allen jenen deletären Nebenwirkungen, die Neugebauer auf Grund von 364 aus der Litteratur und Praxis zusammengestellten Fällen beschrieben hat.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich ein ausserordentlich reiches und mannigfaltiges Sündenregister einer falsch gehandhabten Anwendung der Scheidenpessare: sie vermehren die naturgemässen Absonderungen, führen gewöhnlich zu profusen, jauchigen Leukorrhöen, häufig zu bösartigen Geschwüren und Wucherungen, zu Blasen- und Mastdarmscheidenfisteln, zu hochgradigen Innervationsstörungen bis zur lähmungsartigen Schwäche der unteren Extremitäten, ja selbst zum Tode infolge der vom Pessar ausgehenden Erkrankungen.

Eine interessante, verbürgte Beobachtung berichtet Friedrich Schroeder unter der Aufschrift: „Geschichte einer sonderbaren Nymphomanie". Schroeder glaubt nämlich, dass ein nicht gehörig bereiteter und gelagerter Mutterkranz eine Nymphomanie veranlassen könne; Frau M. S. in S., die im 24. Lebensjahre zum ersten Male ins Kindsbett kam, erhielt einen Prolapsus uteri, wogegen ihr die Hebamme einen von ihr selbst gefertigten Kranz zusteckte. Vor dieser Zeit hatte sie, ihrer eigenen Aussage nach, keine ausschweifenden oder übernatürlichen Wohllustreize empfunden. Aber bald nachher ward sie dergestalt geil, dass, wenn sie keinen Mann zu ihrer Befriedigung haben konnte, sie sich auf die Erde legte, in Konvulsionen geriet, die Kleider in die Höhe warf und sich die Geburtsteile mit der Hand so lang und so derb prügelte, bis die Drüsen einen Schleim absonderten, gerade wie solches bei verrichtetem Beischlafe zu geschehen pflegt. Dergleichen Anfälle bekam die Frau oft, selbst in Gegenwart vertrauter Weiber. Wenn der Paroxysmus vorüber war, klagte sie über grosse Mattigkeit und betrauerte ihr Schicksal. Ihr Mann, welcher als Kaufmann oft 3—4 Monate abwesend war und die Not seiner Frau wohl kannte, sah es ziemlich gleichgültig an, wenn sie sich unterdessen mit anderen Männern amüsierte. . . . ."

Zur Zurückhaltung von Vorfällen werden auch andere Gegenstände angewendet, die gelegentlich eine Verletzung der Scheide bedingen könnten. So entfernte Neugebauer einer Patientin einen Apfel, den sie seit lange als Pessar gebrauchte; alle 4—5 Tage wurde ein frischer Apfel eingelegt.

Cipinsky berichtet von einer 50jährigen Wirtschafterin, die sich von einer bekannten Frau einen gläsernen Karaffenstöpsel einführen liess, um den Vorfall zurückzuhalten.

Als Kuriosum möge der von Hyrtl beobachtete Fall hier kurz erwähnt werden. Als Hyrtl im Jahre 37 Prosektor war, wurde ihm von den Studenten eine „steinerne Mola" gebracht, die bei der Sektion einer alten Frau in deren Genitalien gefunden wurde. Die Kugel bestand aus Schleim und Wachs, in der Höhle derselben fand man einen zusammengeknitterten Speisezettel des Gasthauses „Zur Stadt Belgrad" vom Jahre 1811. — „26 Jahre" sagt Hyrtl hieran anschliessend, „hatte sich der Speisezettel in jenem unappetitlichen Ort gefunden. Er hatte wahrscheinlich als Pessar gedient.

Nach therapeutischen Eingriffen kann es, wenn auch selten, zur Retention verschiedener Gegenstände in der Scheide kommen. Es können Fragmente von Instrumenten wie Glasspritzestücke etc. zurückbleiben. Es kann ein eingelegter Tampon oder Schwamm vergessen werden und in der Vagina liegen bleiben. Hier gehören auch die Fälle, in welchen Tampons, Schwämmchen und andere Gegenstände, die zur Verhütung der Konzeption eingelegt werden, in der Scheide liegen bleiben. So wurde in der Tübinger Klinik ein Fall beobachtet, bei dem aus der Scheide ein vergessener Tampon entfernt werden musste, der Gangrän der Vaginalschleimhaut verursacht hatte.

Interessant ist auch der von Saexinger beobachtete Fall, den ich hier kurz erwähnen will. „Ein 22jähriges Mädchen hatte einen stinkenden, gelben Ausfluss, Ekzem der äusseren Genitalien und der Innenfläche der Schenkel. Am Ende der mit spitzen Condylomen ausgefüllten Scheide findet sich eine kleine eben für eine Sonde durchgängige Öffnung, aus der sich übelriechender, jauchiger Eiter in grosser Menge entleert. Die durch diese Öffnung eingeführte Sonde kommt auf einen

gut 3 cm langen Fremdkörper, der auf Anschlagen metallischen Klang gibt. Nach Dilatation des engen von starrem Gewebe umgebenen Kanales, kann der Fremdkörper stückweise entfernt werden. Derselbe erweist sich nach Zusammensetzung der einzelnen Stücke als der obere abgeschrägte Teil eines Milchglasspekulums. Die Bruchstelle ist zackig.

Auf Befragen wie der Fremdkörper in die Scheide gekommen sei, gab die Patientin anfangs an, es sei ihr von ihrem Geliebten im betrunkenen Zustande auf dem Heimwege von einem Tanzvergnügen ein Pfeifenkopf gewaltsam in die Scheide eingestossen worden. Später jedoch nach Extraktion des Fremdkörpers sagte sie, sie habe ihre Periode $^1/_2$ Jahr lang nicht gehabt und sei deshalb von einem Arzte mit Blutegeln behandelt worden.

Einmal sei der Arzt plötzlich abberufen worden und habe das Spekulum nicht entfernt, was dann eine Verwandte besorgte.

N. W. Day (Brit. med. Journ. June 1874) entfernte bei einer Dame, welche Injektionen mit einer Glasspritze machte, ein Stück derselben aus der Scheide. Die Ecken des abgebrochenen Stückes waren sehr scharf. Der Fremdkörper lag quer vor dem Os uteri, mit seinem scharfen Rande gegen das Septum vesico-vaginale pressend.

Eine sehr häufige Ursache für Fremdkörper in der Vagina ist in der Masturbation zu suchen.

Gegenstände der verschiedensten und merkwürdigsten Art wurden schon zu erotischen Zwecken benützt. Liegen die Fremdkörper einmal in der Scheide, so können sie durch die Aspiration, welche bei gewissen Bewegungen stattfinden kann, in höhere Teile hinaufdringen, dort liegen bleiben und im Verlauf der Zeit weitgehende und umfangreiche Zerstörungen und pathologische Veränderungen nach sich ziehen. Die bedauernswerten Kranken müssen, wie Hyrtl sich ausdrückt, „zuweilen hart für solche Sünde des Fleisches büssen“.

Es sind in der Litteratur zahlreiche solche Fälle beschrieben worden. So Voigtel erinnert sich „der schmutzigen Krankengeschichte“ eines erwachsenen Mädchens „dem bei der Masturbation ein Stück Rübe in der Scheide stecken geblieben war.

Auch Trinkgläser wurden schon zur Befriedigung des

sexuellen Triebes benützt, so berichtet Hubbauer (Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer 1862 XV. Bd. p. 245) über einen Fall, in welchem er bei einem 19jährigen Mädchen ein Glas mit der Kornzange entfernen musste. Das Mädchen gestand, dass sie das Glas zur Masturbation benützte.

Hieher gehört auch der Fall Janssens (Ann. des sc. méd. de Brux. Band II, p. 2), der einer 33jährigen von ihrem Mann getrennt lebenden Frau ein zylindrisches 8 cm hohes Bierglas mit einem Zangenlöffel extrahierte. Die Frau machte die unwahrscheinliche Angabe, sie sei von einer Fussbank abgeglitten und auf das Glas gefallen.

Ebenfalls zu onanistischen Zwecken wurde wohl die irdene Kaffeetasse benützt, welche in der Prager Klinik aus der Vagina eines 20jährigen Mädchens entfernt wurde; obgleich die Patientin angab, eine Freundin habe ihr vor 2½ Jahren die Tasse eingeführt um die Konzeption zu verhindern. Die Tasse hatte einen Umfang von 18 cm mit dem unversehrten Henkel 21 cm, 5½ cm Höhe und an der Basis 6½ cm Durchmesser.

Colombat (Traité des maladies des femmes) teilt mit: Der berühmte Dupuytren ward zu einer Frau gerufen, welche aus Gründen, die sie nicht eingestehen wollte, sich einen Pomadetopf in die Scheide gebracht hatte. Dieses Gefäss war mit seinem Boden voran eingeführt worden, und hatte in der Scheide eine Entzündung der umgebenden Schleimhaut hervorgerufen, so dass man die Beschaffenheit des fremden Gegenstandes nur höchst schwierig erkennen und denselben erst extrahieren konnte, nachdem man ihn mittelst Zangen mehrfach zerbrochen hatte.

Bekannt sind auch die merkwürdigen Fremdkörper, die Schroeder (Schroeder, Handbuch etc. II. Aufl. pag. 87) in der Scheide fand, nämlich einen neben einem Pomadetopf liegenden Maikäfer.

In der Tübinger Klinik kam zur Beobachtung folgender Fall:

Es handelte sich um ein 26jähriges lediges Mädchen, das zu masturbatorischen Zwecken eine Nähmaschinenfadenrolle benützte, bei welcher an dem einen Ende der vorstehende Rand entfernt war. Dieselbe schlüpfte in die Scheide hinein, blieb

dort 6 Jahre lang liegen und verursachte ausser einer Pasametritis posterior eine hochgradige Narbenstenose der Scheide.

Ähnliche Fälle, in denen der Fremdkörper eine Fadenrolle war, sind von Pearse, Rottmann, Carter, Breisky und Broer beschrieben worden. Im Broer'schen Falle lag die Fadenrolle 23 Jahre lang in der Scheide, im Pearse'schen 22, im Breisky'schen 7 und in den von Carter beschriebenen 4 Jahre.

Ferner gibt es in der gerichtsärztlichen Praxis Fälle, in welchen Fremdkörper in verbrecherischer Absicht in die Scheide eingeführt werden, um einen Abortus hervorzurufen, bleiben dort als Fremdkörper liegen, oder sind nach oben in den Uterus (Runge O., Fremdk. im Uterus, Mediz. Wochenschr. 1891 Nr. 5) ja sogar in die Tube gewandert. (H. W. Freund, Zur Kasuistik d. Fremdk. in d. weibl. Genital. Centralbl. f. Gynäk. 1887 Nr. 51)[1]).

Die drei angeführten Ursachen sind wohl die häufigeren, wie Fremdkörper in die Scheide gelangen und warum dieselben eingeführt werden.

Aber auch unter anderen Umständen kann es vorkommen, wenn auch ungemein seltener, dass Fremdkörper in die Vagina gelangen und Verletzung derselben wie auch der anliegenden Organe bedingen.

Bei Unglücksfällen z. B. bei Fall oder Sturz sind Gegenstände in die Vagina eingedrungen.

Salzer (Berl. klin. Wochenschr. XII 1875, Nr. 33 pag. 458) berichtet: Ein 13jähriges Mädchen ist von einem Heustoss rasch heruntergeglitten und hat sich einen Heurupfer mit nach vorne gekehrtem Widerhacken 10 cm lang in die Scheide eingestossen. Manuelle Entfernung, Peritonitis, Heilung.

Schneider (Siebold, Journ. f. Geburtsh. Bd. VII. pag. 465) weiss zu erzählen über ein 23jähriges Mädchen, welches von einer hohen Gartenmauer so in ein Pfropfreis eines Aprikosenbaumes gesprungen ist, dass dieses in die Scheide drang, während ein zweites das linke Labium verletzte. Patientin genas, obgleich ein Stück in die Bauchhöhle gedrungen war.

---

[1]) Zu diesem Zwecke wurden schon benützt: Haar- und Stricknadeln, Sonden, Scheren, Gänsefedern, Federnhalter, Zahnstocher u. a. m.

Viel merkwürdiger und interessanter ist der Fall, den Lühe berichtet: (Centrbl. f. Gynäk. 1892 pag. 463):

Es handelt sich um einen Fall von „Pfählung" durch einen $28^1/_2$ cm langen, runden Stock von 1,5 cm Durchmesser durch Sturz aus dem Fenster und auf die Jalousien des Untergeschosses. Der Stock hatte das vordere Scheidengewölbe dicht am Cervix durchbohrt, war zwischen Gebärmutter und Harnblase bis unmittelbar unter der Bauchhaut neben dem Nabel eingedrungen. Gedärme und Blase blieben scheinbar unverletzt, jedoch nach 60 Stunden starb die Frau an Bauchfellentzündung. Sektion wurde nicht gestattet.

Verletzungen der Scheide werden hervorgerufen auch von Fremdkörpern, die dadurch in die Scheide gelangen, dass von Männern in nüchternem oder betrunkenem Zustande Gegenstände mit roher Gewalt in die Scheide hineingestossen werden.

So erzählt Liman (Caspar-Liman, Prakt. Handb. d. gerichtl. Medizin I. Bd.) von einem Mädchen, das beim Nachhausegehen von einem Tanzvergnügen von drei Knechten überfallen, zu Boden geworfen und fest gehalten wurde. Einer derselben zerrte die Beine auseinander, legte sich auf sein Opfer und stopfte mit dem Finger Steine und Sand in die Geschlechtsteile. Es kam zu bedeutenden Verletzungen, unter anderem auch zu Zerreissung des Dammes und des Sphinkters. Der Wüstling erhielt 12 Jahre Zuchthaus.

Eine mindestens ebenso rohe wie barbarische Tat vollbrachte der Mann einer 30 jährigen dazu noch schwangeren Frau (Referat im Centrbl. der Gynäk. 1888, Nr. 51, pag. 855); derselbe wollte den Beischlaf ausüben, was zwar zugestanden, aber im letzten Augenblick wieder verweigert wurde. In der Wut darüber stiess der Gatte, ein Zimmermann, sein glattes, vierkantiges, 74 cm langes, 4 cm breites und $^3/_4$ cm dickes hölzernes Messinstrument seiner Frau in die Scheide, das den Mastdarm verletzte und am Kreuzbein abbrach. Zwölf Stunden nachher erfolgte die Frühgeburt. Wunderbarerweise verlief das Wochenbett gut.

13 Tage nachher fand man in der Nabelgegend eine Geschwulst, die sich nach dem Douglas zu erstreckte, innerlich fühlte man eine quere Narbe in der ganzen Breite der Scheide

mit einer Vertiefung links, durch welche man einen harten, glatten Körper fühlte. Mittelst der Laparatomie wurde ein 23 cm langes Stück des Messinstrumentes, dessen eines Ende mit Faeces besudelt war, entfernt. Die Heilung verlief glatt.

Hieher gehört auch der Fall, den Bazzanella beschreibt (Wien. klin. Wochenschr. 1893 Nr. 9):

Es handelt sich um eine Frau, dessen Gatte ihr bei der Ehescheidung mit Gewalt ein Trinkglas in die Scheide einführte, um dadurch einen weiteren geschlechtlichen Umgang zu verhindern.

Das Trinkglas wurde nach 10 Jahren aus der Vagina mittelst Forceps entfernt. Es war 150 gr schwer, 8 cm hoch und stellte einen Kegelsturz dar, dessen keinere Kreisfläche (Boden) $17\frac{1}{2}$, dessen grössere $20\frac{1}{2}$ cm Umfang besassen.

Trotz des langen Aufenthaltes von 10 Jahren in der Scheide hatte das Glas nur ganz oberflächliche Nekrose an jenen Stellen, an denen es aufdrückte, verursacht.

Harmloserer Natur ist der von Gönner (Correspondenzbl. d. Schweiz. Ärzte, Jahrg. 15, 1885, Nr. 15, pag. 381) erzählte Fall. Eine 28jährige Frau kam mit ihrem Mann nach einem Ausflug spät nach Hause. Der etwas angetrunkene Mann holte sich, da er Hunger verspürte, ein Ei, das er, angeblich um es zu wärmen, zwischen die Schenkel der Frau legte! Das Ei schlüpfte in die Scheide und konnte von dem Ehegatten nicht mehr entfernt werden. Es gelang Gönner das Ei unversehrt aus der Scheide zu entfernen.

In sehr seltenen Fällen gelangen Fremdkörper auch dadurch in die Scheide, dass dieselbe als Schlupfwinkel und Versteck für gestohlene Gegenstände dient. So berichtet Ludwig über einen Fall von einer Person, die des Diebstahls überführt war und bei welcher das Gestohlene nicht gefunden werden konnte.

Als die Betreffende vom Richter angeschrieen wurde, erschrak sie und die Geldbörse entschlüpfte der Vagina!

Häufiger kommt es vor, dass geistesgestörte, schwachsinnige Personen die unsinnigsten Gegenstände in die Scheide einführen.

Colombat, traitè des maladies des femmes, teilt mit: Im Jahre 1832 hatte sich eine Idiotin im Hospice de la vieillesse eine Nadelbüchse in die Scheide eingebracht, welche sich öffnete und die Nadeln entleerte.

Als Grenier die Kranke sah, hatte sie die lebhaftesten Schmerzen, ihre Züge verrieten die grösste Angst, die Haut war weiss; die Patientin hatte fortwährenden Drang zum Urinieren, ohne jedoch denselben befriedigen zu können. Nach der Extraktion der Nadeln wurde die Frau in ein prolongiertes laues Bad gesetzt, dann reichte man ihr einen beruhigenden Trank, worauf die Anfälle in kurzer Zeit verschwanden.

Weiss (Centrbl. f. Gynäk. 1889, pag. 831) demonstrierte in der Wiener Klinik einen stark inkrustierten Föhrenzapfen, den er mit dem dicken Ende voran in der Scheide einer schwangeren Kretinin fand.

Sournié-Moret (Archiv. génér. de Méd. Juin 1835, pag. 183) teilt mit:

Eine 39jährige, geistig umnachtete, dem Trunke ergebene Frau suchte sich dadurch das Leben zu nehmen, dass sie einen Zirkel und zusammengedrehten Eisendraht in die Scheide einführte, um dadurch den Harnkanal zu verstopfen und durch Anschwellung und Auftreiben des Leibes den Tod herbeizuführen. Dieselbe Patientin hatte auch noch Fremdkörper im Magen, was sich bei der Sektion herausstellte.

Als seltenes Vorkommnis muss es bezeichnet werden, wenn Kinder beim Spielen sich Steinchen in die Vagina einführen, wie Meissner (Meissner l. c. Bd. I, pag. 455) einige Fälle beobachtet und behandelt hat:

Ein Mädchen von 8 Jahren hatte 2 grosse Steine in der Vagina, der Urin lief fortwährend tropfenweise ab. Um den ersten und grössten Stein aus der Vagina zu entfernen, war es notwendig, den Damm zu durchschneiden und die Incision fast bis zum Tuber ischii zu verlängern, worauf es nach $^1/_4$-stündiger Applikation der Steinzange gelang, den ersten Stein, welcher $2^1/_2$ Unzen wog, herauszuziehen. Der zweite, hinter diesem befindliche, wog 2 Unzen und konnte mit dem blossen Finger entfernt werden. Der obere Teil der Scheide nach der

Harnblase zu war vom Brande zerstört, und die Patientin war daher unvermögend den Harn zu halten.

Beim Durchsägen des grösseren Steines fand man als Kern einen messingenen Knopf, den sich das Kind schon im Alter von $2^1/_2$ Jahren in die Scheide gebracht hatte, und von welchem Zeitpunkte an auch die Harn- und Stuhlbeschwerden angefangen hatten. Im zweiten Stein fand sich kein Kern vor.

Selten sind die Fälle, in welchen lebende Tiere wie Askariden, Sequren etc. in der Scheide gefunden wurden. Dieselben sind entweder vom Anus in die Vagina gewandert, oder es handelt sich um hysterische Personen, die, um Aufsehen zu erregen, sich diese Tiere in die Scheide einführen.

Endlich wäre noch zu erwähnen, dass bei einer schon vorhandenen oder direkt durch die Blasensteine bedingten Blasenscheidenfistel, Steine in der Vagina gefunden wurden.

In äusserst seltenen Fällen können verkalkte Myome in die Scheide geboren werden. Saexinger teilt einen interessanten Fall mit, in dem ein Wundarzt in der Meinung, es liege der Kopf vor, einen Uterusstein mit der Zange extrahierte.

Die angeführten Ursachen dürfen wohl alle diejenigen sein, welche bei der Ätiologie der Fremdkörper in der Vagina in Betracht kommen.

Ich beginne jetzt mit der Aufzählung und Beschreibung der in der hiesigen geb.-gynäkologischen Klinik beobachteten Fällen.

1. Fall. Tr. B., 66 Jahre alt, XI. p. Die letzte Entbindung war vor 21 Jahren. Menopause ist seit 12 J. eingetreten. Vor 2 Jahren, angeblich nach Fahren auf holprigem Wege, soll ein Vorfall entstanden sein. Zur Zurückhaltung desselben wurde von der Hebamme ein Pessar eingelegt. Jetzt liegt das Pessar seit $^3/_4$ Jahre ununterbrochen in der Scheide und seit eben dieser Zeit besteht ein beständiger, blutiger, ätzender Ausfluss, der die Patientin sehr belästigt.

Bei der Untersuchung zeigte sich ein mässiger Prolaps der vorderen Scheidenwand; aus den äusseren Genitalien floss reichliches Sekret ab; in der Vagina lag ein rundes Hartgummi-Pessar, nach dessen Entfernung man die stark ulcerierte hintere Fläche der Portio und im linken Scheidengewölbe eine

tiefe Furche mit aufgeworfenen Rändern sehen konnte. Folgen wohl des unpassenden und zu lange in der Scheide befindlich gewesenen Pessars.

Nach Entfernung des Pessars wurden reinigende Ausspülungen und Ätzung der ulcerierten Flächen mit 20 % Arg. nitr.-Lösung vorgenommen. In wenigen Tagen haben sich die Geschwüre zurückgebildet, der Ausfluss liess vollständig nach und Patientin wurde entlassen.

2. Fall. Nik. El., 55 Jahre alt, IV p. Letzte Entbindung fand vor 14 Jahren statt; Menses sind nach dieser Entbindung nicht mehr eingetreten. Nach dem letzten Wochenbett ist ein Vorfall entstanden. Zur Zurückhaltung desselben wurde ein Pessar eingelegt, das nun 14 Jahre lang in der Vagina liegt. Seit circa 10 Jahren leidet Patientin an Fluor, welcher in der letzten Zeit so profus und stinkend geworden ist, dass sie gezwungen war jeden gesellschaftlichen Verkehr zu vermeiden.

Befund: Aus der Scheide floss ein scheusslich stinkender Ausfluss ab; das Pessar wurde mit Leichtigkeit entfernt (es war ein grosser Mayer'sche Gummiring). Die Scheidenschleimhaut war in grosser Ausdehnung ulceriert, Uterus senil atrophisch, sonst alles normal. Nach wiederholten desinfizierenden Ausspülungen haben sich die Ulcerationen überhäutet, der Ausfluss liess nach und Patientin konnte als geheilt entlassen werden.

3. Fall. Bit. Ba., 58 Jahre alt, V p. Menopause vor 9 Jahren eingetreten. Seit 10 Jahren trägt Patientin ein, von einer Hebamme eingelegtes Pessar, das während der ganzen Zeit nicht ein einziges Mal herausgenommen wurde. Seit vielen Jahren bemerkt Patientin einen stinkenden, teils blutigen, teils jauchigen Ausfluss, ohne dass sie sich dadurch irgendwie belästigt fühlte. Durch eine, vor etwa 2 Monaten stattgefundene starke Blutung und durch Beschwerden beim Urinlassen wird Patientin jetzt bewogen sich behandeln zu lassen.

Status praesens: Aus den Genitalien floss ein unglaublich stinkender, jauchiger Ausfluss. Die Vagina ist völlig verstopft durch ein Monstrum von Pessar (Lederkissen mit Heufüllung), das allenthalben tief in die Schleimhaut eingeschnitten hat und sich wegen der starken Schmerzen nicht entfernen lässt.

Es wurde in Narkose mit der Zange herausgeholt. Die Scheidenwände sind total ulceriert, teils bretthart infiltriert, jauchend und blutend. Uterus atrophisch.

Es sind in den nächsten Tagen desinfizierende Auswaschungen und Jodoformeinpuderungen vorgenommen worden.

Die ulcerierten Partien sahen, trotzdem sie schon etwas verheilt waren, entschieden verdächtig auf Carcinom aus, zumal sie prominent und die Scheidenwände hart, knollig infiltriert waren. Sie wurde vorläufig entlassen mit der Hinweisung nach 8 Tagen wiederzukommen, um die Ulcerationen noch einmal prüfen zu können.

4. Fall. Fr. Hel., 59 Jahre alt, VI p. Fünf normale, sehr rasch verlaufene Entbindungen, ein Abort im 4. Monat. Erste Entbindung mit 24 J. Bei dieser ist ein Dammriss entstanden, der nicht genäht wurde. Letzte Entbindung vor 24 Jahren. Die Wochenbette sind stets ungestört verlaufen. Menses cessieren seit 7 Jahren.

4–5 Wochen nach der ersten Entbindung begann ein Vorfall sich auszubilden, der wiederholt mit „Kränzchen" behandelt wurde. Vor 29 Jahren wurde von einem Arzt ein Kiwisch'sches Schraubenpessar eingelegt und seit jener Zeit keine ärztliche Behandlung des Prolapses mehr. Patientin nahm das Pessar selbst zur Reinigung heraus und ersetzte die abgenützten selbst durch neue. Sie hatte keinerlei Beschwerden, nur vor 5—6 Jahren einmal geringe, atypische Blutung. Im letzten wurde das Pessar alle 3—4 Monaten zum Zweck der Reinigung von der Patientin herausgenommen. Seit $^1/_2$ Jahre neuerdings manchmal geringe Blutung, starker, aber angeblich nicht übelriechender Ausfluss. Vor etwa 10 Wochen traten Schmerzen und Abfluss des Urins, anfangs spärlich und unwillkürlich auf. Der grössere Teil wurde noch willkürlich, doch häufiger als sonst entleert. Patientin touchiert selbst, fühlt das Pessar „hineingeschwollen" und entfernt sie es. Seitdem fliesst der grösste Teil des Urins unwillkürlich ab. Im Liegen kann wenig, im Sitzen mehr Urin zurückgehalten werden. Im Sitzen manchmal 3—4 Stunden kein spontanes, unwillkürliches Abfliessen. Vor 6 Wochen suchte Patientin den Arzt auf, welcher warme Umschläge und salicylsaures Natron

verordnete und erst vor 14 Tagen die Fistel konstatierte. Seit Entfernung des Pessars trat der Vorfall nicht mehr auf, wurde durch Wattetampons zurückgehalten. Zur Zeit fliesst der grössere Teil des Urins unwillkürlich ab, der kleinere wird willkürlich entleert. Keine Schmerzen. Stuhlgang regelmässig.

Status: Die ganze vordere Scheidenwand lässt sich wegen hochgradiger Schlaffheit der Uterus-Ligamente und des Beckenbodens leicht samt der Portio vor die Vulva bringen. Die vordere Wand invertiert sich dabei ganz, die hintere nur zum Teil. Rechts vor und neben der Portio fast ganz im seitlichen Scheidengewölbe ein für einen Finger gut durchgängiges Loch, mit Blasenschleimhaut umsäumt, unmittelbar in die Blase führend. Die Blasenschleimhaut wulstet sich etwas nach der Scheide hin vor.

Mit dem Messer wurde zunächst die Fistel an der Grenze von Scheiden- und Blasenschleimhaut annähernd zum Oval umschnitten, dann rings 1—$1^1/_2$ cm vom ersten Schnitt nach aussen ein zweiter myrtenblattförmiger Schnitt in die Scheidenschleimhaut gemacht und das betreffende Stück der letzteren mit Messer und Scheere abpräpariert.

Neun dünne Seitennähte wurden so von vorn nach hinten durchgeführt, dass nach deren Knotung die vordere Hälfte der angefrischten Partie an der hinteren anzuliegen kommt und die Fistel bezw. deren Ränder nach innen in die Blase sahen. In die Blase eingegossene Milch fliesst nicht nach der Scheide hin ab. Dermatol, Jodoformgaze in der Scheide. Urin alle 3—4 Stunden willkürlich entleert. Kein unwillkürliches Abfliessen mehr. Nach einer Woche wurden die Nähte entfernt. Wundränder glatt per primam geheilt. Sie wurde entlassen nachdem sie den Prolaps, der übrigens mit Fürst'scher Menstruationsbinde zurückgehalten wird, nicht sofort operieren lassen will.

5. Fall. St. M., 67 Jahre alt, I p. Menstruiert mit 19 Jahren unregelmässig, mit $^1/_4$ jährigen Pausen, 3tägig, spärlich, schmerzlos. Reichlicher Ausfluss einen Tag vor der Periode. Mit 22 Jahren normale Geburt und Wochenbett. Menses cessieren seit 25 Jahren.

4 Wochen nach der Geburt trat allmählich ein Vorfall auf, gegen den die Hebamme 4 Jahre später einen Wachsring ordinierte, der ununterbrochen bis heute ohne Beschwerden liegt. Also ungefähr 40 Jahre. Patientin erschrak vor einigen Tagen heftig, darauf Blutabgang und deshalb suchte sie die Klinik auf.

Befund: Vagina im unteren Teil ziemlich eng; der obere Teil durch ein Pessar ausgedehnt, das stark inkrustiert und von unregelmässiger, höckeriger Oberfläche ist. Sehr wenig Fluor, nicht übelriechend.

Das Pessar konnte erst nach Durchschneidung desselben mit der Scheere entfernt werden. Es besteht aus geflochtenem Bast- oder Weidenruten-Ring mit Wachshülle und irgend einem Stoffüberzug. Es ist rauh und stark inkrustiert.

Es wurden 2 mal täglich Scheidenausspülungen vorgenommen. Die Scheide bis auf kleine Defekte geheilt; diese in Überhäutung begriffen. Darauf wurde sie entlassen.

6. Fall. Nel. B., 53 Jahre alt, IV p. 3 mal am normalen Ende entbunden, einmal Abortus im 2. Monat. Zweite Entbindung durch Forceps. Alle Wochenbette normal.

Schon seit der zweiten Entbindung soll ein Vorfall bebestehen, wegen dessen Patientin vor 12 Jahren ärztlichen Rat nachsuchte. Es wurde ihr damals ein Zwank-Schilling'sches Pessar eingelegt, das seither ununterbrochen in der Scheide liegt. Scheidenausspülungen sind niemals vorgenommen worden. Schon seit langer Zeit soll beständiger, eitriger Ausfluss, dagegen Schmerzen beim Sitzen und Gehen sollen erst seit einigen Tagen bestehen.

Befund: Aus der Vulva ragt der rostige Mittelansatz eines Zwank-Schilling'schen Hysterophorstils. Die Scheidenwand ist gerötet und geschwollen, hat die Hysterophorblätter vollständig bis über die Fenster umwachsen. Palpation ist äusserst empfindlich. Es besteht ein ziemlich starker, eitriger, übelriechender Ausfluss.

Nachdem mit einer Drahtzange in Chloroformnarkose zunächst der zum Scheideneingang herausragende Teil des Mittelstückes des Pessars abgezweigt wurde, um die Flügelteile parallel zur Scheidenachse stellen zu können, wird erst der rechte

Flügel dadurch gelöst, dass mit dem Messer eine ziemlich tiefe Incision in die diesen Teil umwachsenden Weichteilen gemacht wurde. Nach Lösung des einen Flügels wurde versucht an diesem die Extraktion vorzunehmen, was jedoch nicht gelang, da das Fenster des anderen noch ganz umwachsen war. Erst nach einer ähnlichen Incision auch dieser Seite gelang es, die anfangs senkrecht zur Scheidenachse stehenden Flügelteile zu drehen, und den einen Flügel voran, das Pessar zu entfernen.

Nach der Entfernung ist die Scheide sorgfältig ausgespült und dann mit Jodoformgaze austamponiert worden. Da eine Blutung nicht mehr erfolgte, wurde die Jodoformgaze entfernt. Täglich 2mal Ausspülungen der Scheide mit $1^1/_2$ % Lysollösung. Nur die Spülflüssigkeit war in den nächsten Tagen etwas bluthaltig. Die Scheidewand beginnt gut zu granulieren. Nur an der linken Seite der Portio ist noch ein ziemlich tiefer Defekt, der beim Ausspülen noch etwas blutet. Entsprechend der Stelle, wo das Pessar gelegen hatte, befindet sich eine fast ringförmige, ziemlich derbe Narbe. An der Stelle der Incisionen sind reichliche Granulationswucherungen. Ätzung derselben mit Arg. nitr. Stift. Patientin wurde entlassen mit der Weisung sich poliklinisch behandeln zu lassen.

7. Fall. Gei. Em., 50 Jahre alt, VIII p. Letzte Entbindung vor 15 Jahren. Bei der ersten Geburt manuelle Placentarlösung, bei der fünften wurde eine macerierte Frucht geboren, bei der sechsten starb das Kind intra partum. Alle übrigen waren normal. Menses mit 13 Jahren angefangen, sind immer unregelmässig gewesen. Seit einem Jahre Menopause. Patientin will stets gesund gewesen sein.

Seit der letzten Entbindung hat Patientin einen Vorfall; sie hat deswegen früher schon, zeitweise, ein Stilpessar getragen. Vor 3 Jahren wurde ihr von einem hiesigen Arzt ein Ring eingelegt, den Patientin seither nie hat reinigen lassen.

Seit $^1/_4$ Jahre macht ihr der Ring Beschwerden; sie hat starken übelriechenden Ausfluss, Schmerzen und zwar namentlich beim Stuhlgang. Das Urinlassen ist normal.

Nach Entfernung des inkrustierten, stinkenden Pessars zeigten sich im hinteren und rechten seitlichen Scheidengewölbe wallartige, stark blutende Ulcerationen.

Nach wiederholten desinfizierenden Ausspülungen und Ätzung mit Arg. nitr. haben die Ulcerationen begonnen sich zu überhäuten und Patientin wurde entlassen.

8. Fall. Bis. K., 45 Jahre alt, III p. Letzte Entbindung vor 7 Jahren. Es handelte sich dabei um eine Querlage. Geburt wurde durch Wendung und darauf folgende Extraktion beendigt. Patientin ist früher nie krank gewesen.

Während der vor 7 Jahren erfolgten letzten Entbindung soll die Scheidenwand vorgefallen sein. Nach dem Wochenbette wurde ihr von der Hebamme ein Ring eingelegt, der nach einiger Zeit mit einem anderen vertauscht wurde. Eine Zeit lang hat sie keinen Ring getragen; dann soll der Vorfall wieder eingetreten sein. Seit 2 Jahren trägt sie wieder einen Ring, der während dieser Zeit niemals herausgenommen wurde. Seit 8 Tagen hat sie Schmerzen in der Analgegend. Sie wollte sich den Ring herausnehmen lassen; doch sagte ihr der Arzt, er sei eingewachsen und wurde von ihm in die Klinik dirigiert.

Befund: In der Scheide liegt ein umgekehrtes Thomas-Pessar mit dem spitzen Bügel nach hinten. Der hintere Bügel ist so vollkommen verwachsen, dass er nur nach ausgiebiger Incision entfernt werden kann.

Nach Entfernung des Pessars zeigte sich, dass dasselbe eine Perforation in den Douglas gemacht hatte. Tamponade mit Jodoformgaze, die öfters erneuert wurde. Die Perforationsöffnung hat sich durch Granulationen geschlossen. Alles ist fieberfrei und unkompliziert verlaufen.

9. Fall. Pf. Ros., 57 Jahre alt. Patientin will früher nie krank gewesen sein. Periode war immer regelmässig; Menses cessieren seit einem Jahre.

Sie klagt über Ausfluss, der schon mehrere Jahre besteht. Seit dem Juni vorigen Jahres trägt Patientin angeblich wegen Vorfalles — ein Pessar, das niemals zur Reinigung herausgenommen wurde. Ausspülungen hat sich Patientin nie gemacht.

Seit etwa 4 Wochen ist der Ausfluss bedeutend stärker geworden, zeitweilig mit Blut untermischt. Klagt auch über Schmerzen im Abdomen und Brennen beim Wasserlassen.

Befund: In der Scheide liegt ein jauchendes Pessar; auf der ganzen hinteren Fläche zum Teil auch auf der vorderen

Scheidenwand zeigen sich leicht blutende, zerfliessliche Ulcerationen. Der Befund war im übrigen normal. Nach wiederholtem Touchieren mit Arg. nitr.-Stift haben die Ulcerationen sich vollständig überhäutet.

10. Fall. Th. B., 69 Jahre alt, I p. Periode begann mit dem 20. Jahre; sie war immer regelmässig, von 5—6 Tagen Dauer, schmerzlos. Mit 27 Jahren hat die einzige Entbindung stattgefunden. Menopause seit dem 41. Jahre.

Patientin hat Pneumonie und Gelenkrheumatismus durchgemacht.

Patientin hat 5 Jahre lang wegen eines Vorfalles ununterbrochen ein und dasselbe Pessar getragen, ohne dass sie während dieser langen Zeit Ausspülungen oder sonstige Reinigung vorgenommen hätte. Seit $^1/_2$ Jahre hat sie nun einen stinkenden Ausfluss bemerkt, der immer stärker geworden ist. Schmerzen hat sie nie gehabt.

Befund: Stinkender, jauchiger Aussfluss von braunrötlicher Farbe. In der Vagina liegt ein Gummiring mit Draht. Im hinteren Scheidengewölbe ist der Gummiüberzug abgelöst und liegt vor dem äusseren Muttermund innerhalb des Ringes. Der blossliegende hintere Bogen liegt nicht frei sondern ist hinter der Scheidenwand von ihr überzogen.

Die Scheidenbrücke, welche den hinteren Bogen des Ringes überzieht, wird auf dem Draht durchschnitten und dann der freigewordene Ring extrahiert.

Nach einigen Tagen gibt Patientin an, dass auch durch den Introitus Gase und Stuhl herauskommen. Die Perforationsöffnung liegt direkt hinter der Portio im hinteren Scheidengewölbe. Die Irrigationsflüssigkeit fliesst aus dem Rektum in die Vagina.

Wegen des engen Scheideneinganges werden zunächst rechts und links mässig tiefe Scheidendammschnitte gemacht, darauf die hintere Muttermundslippe gefasst und kräftig nach unten angezogen, wodurch das hintere Scheidengewölbe ganz gut zugänglich wird. Durch die gut daumengrosse Öffnung stülpt sich die Darmwand etwas heraus. Der Versuch nach Umschneidung der Fistelränder die Darmwand zunächst von der hinteren Fläche des Uterus und der hinteren Scheiden-

wand abzulösen misslingt vollständig; augenscheinlich wegen der sehr festen Verwachsungen der Darmschlingen mit ihrer Umgebung. Nach mancherlei vergeblichen Bemühungen bleibt nichts weiter übrig, als den Versuch zu machen, den Uterus im ganzen zu entfernen, um dadurch etwas mehr Platz zu machen und die Verwachsungen eventuell von hinten her zu lösen.

Nach Entfernung des Uterus lässt sich die Darmschlinge, die augenscheinlich dem Sromanum angehört, aus ihren Verwachsungen mit der hinteren Wand des Douglas, wenn auch ziemlich schwierig, lösen, sodass es gelingt die Darmschlinge vorzuziehen und das Loch in der Darmschlinge zugänglich zu machen. Das Loch wird dann ganz mit einer doppelten Nahtreihe geschlossen. Die Darmschlinge wurde leicht nach der Scheide zu fixiert, der übrige Teil der Scheidenwunde offen gelassen. Die Scheidendammschnitte wurden ebenfalls mit Rücksicht auf die Revision der Wunde offen gelassen.

Bis zum fünften Tage nach der Operation befand sich Patientin wohl. Am Nachmittag des 5. Tages haben die Flatus, die bis dahin ganz gut abgingen, aufgehört. Bald darauf stellte sich Erbrechen ein; die Gegend unterhalb des Nabels war druckempfindlich; zwar mehr an der linken Seite. Daraufhin ist jede Nahrungszufuhr unterbrochen worden. Glycerin-Klystiere und Eisblase appliziert.

Diese Ileus-Erscheinungen dauern die nächsten Tage hindurch mit zeitweiligen freien Intervallen an. Dabei steigt die Pulskurve konstant staffelförmig an, während die Temperatur einen unregelmässigen Verlauf zeigt.

Zunahme der Prostration bei schliesslich fortwährendem galligen Erbrechen und reichlichen Abgang von Kot per vaginam. Exitus ist am Abend des 12. Tages post operationem eingetreten, unter Temperaturerhöhung bis 39° und den Zeichen zunehmender Herzinsufficienz.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Peritonitis, Perforatio flexurae sigmoideae, Stenosis recti, Periproctitis chronica indurativa, Torsio radicis mesenterii.

11. Fall. Bis. Bar., 65 Jahre alt, IV p. Menses cessieren seit dem 50. Lebensjahre. Vor etwa 2 Jahren ist ihr in der

hiesigen Poliklinik ein rundes Celluloid-Pessar eingelegt worden. Trotz entsprechender Mitteilung ist sie nie zur Kontrolle hier gewesen, noch hat sie sich je Ausspülungen gemacht.

Befund: In der Scheide liegt ein rundes Celluloid-Pessar, das nur mit einem kleinen Teil seines vorderen Umfanges freiliegt, während die Hauptmasse von der Scheidenschleimhaut umwuchert ist. Bei der Desinfektion treibt sich ein Teil der Schleimhaut im hinteren Scheidengewölbe durch. Nach Durchschneidung des vorderen Abschnittes des Ringes lässt sich derselbe aus seinem Bett ohne grosse Mühe herausnehmen.

Bei der Betrachtung der Scheide zeigt sich nun, dass auf der linken Seite eine ziemlich tief ins Beckenbindegewebe hineinreichende Wunde besteht. Nach wiederholten desinfizierenden Ausspülungen haben Ausfluss und Schmerzen vollständig aufgehört. Auch die Wundränder haben sich im wesentlichen an einander gelegt und Patientin wurde entlassen.

12. Fall. Kon. Kat., 71 Jahre alt, III p. Geburt jedesmal spontan erfolgt, das zweitemal Frühgeburt nach 7 Monaten. Menses haben mit 19 Jahren begonnen, regelmässig alle 3—4 Wochen, 8tägig. Menopause seit dem 48. Jahre.

7 Jahre nach der ersten Entbindung (vor 36 Jahren) wurde ihr ein Pessar eingelegt. Dasselbe wurde, angeblich, alle 6 Wochen entfernt und reinigende Ausspülungen vorgenommen. Nach 6 Jahren liess Patientin das Pessar $^3/_4$ Jahre weg. Von nun an trug sie immer eines, nur manchmal mit Unterbrechungen von ca. 14 Tagen. Das Pessar lag in späteren Jahren oft bis zu $^1/_2$ Jahre ohne entfernt zu werden. Ausspülungen hat Patientin angeblich alle 4—6 Wochen gemacht. Vor ca. $2^1/_2$ Monaten fiel es Patientin auf, dass sie in der Gegend, wo das Pessar lag, drückende Schmerzen hatte; deshalb liess sie sich das Pessar vom Arzt entfernen. Nach 8 Tagen legte sie dasselbe wieder ein. Seit dieser Zeit wurde es nicht mehr entfernt, auch hat sie keine reinigende Auswaschungen gemacht. Das Pessar liegt nun zwei Monaten.

Befund: Vor der Vulva ein Löhlein'sches Pessar, durch dessen centrale Öffnung die stark zerklüftete und ulcerierte Portio durchgewachsen ist. Das ganze stark schmierig belegt. Das Pessar ist spontan abgefallen. Portio tiefstehend mit der

vorderen Vaginalwand vor den äusseren Genitalien. Durch Bettruhe hat sich der Vorfall zurückgezogen.

Unter fortgesetzten Ausspülungen und Ätzung ist die Erosion abgeheilt, sodass ein Siebpessar eingelegt werden konnte.

13. Fall. Bür. Kat., 59 Jahre alt, V. p. Menses traten mit 19 Jahren ein, stets unregelmässig, aber ohne Beschwerden. Patientin hat als Kind rote Flecken und vor 16 Jahren Rippenfellentzündung durchgemacht.

Patientin trägt seit 6 Jahren ein Pessar. In der letzten Zeit machte ihr dasselbe Beschwerden. Sie klagte über Blutungen, Abfluss von Wasser etc. Deshalb hatte sie die Poliklinik aufgesucht, wo ihr ein Zwank-Schilling'sches Pessar entfernt wurde.

Befund: Im Spekulumbild zeigt sich in der vorderen Scheidenwand, etwa in der Mitte zwischen Harnröhrewulst und Portio ein querovaler Defekt von etwa einem Pfennigstückgrösse, von granulierenden Rändern umsäumt; aus diesem Defekt entleerte sich helle, dünne Flüssigkeit. Bei Einführung des Katheters stellt sich heraus, dass der Defekt direkt in die Blase führt.

Infolge der bestehenden Cystitis wurde zunächst von der Operation abgesehen und vorerst durch mehrtägige antiseptische Ausspülungen die möglichste Desinfektion des Operationsfeldes erstrebt.

Operation: Der obere Teil der Scheide, besonders nach dem linken Scheidengewölbe zu, ist stark narbig verdickt und hier ist der Uterus ausserordentlich fest mit dem umliegenden Gewebe verwachsen, sodass er sich sehr schlecht herunterziehen lässt. Behufs besserer Zugänglichbkeit der Fistel wird zunächst das Scheidenrohr nach beiden Seiten, wenn auch nicht sehr tief, gespalten und dann die Narbe links am Uterus möglichst tief gespalten. Nach Herunterziehung der Vaginal-Portio wird die Fistel rings umschnitten, indem von der vorderen Lippe ein Stück Schleimhaut noch mitgenommen wird, da sich auf der hier sich vorwölbenden Blasenschleimhaut die Ureteren befinden. Dann Trennung der Blase vom Uterus auf etwa $1^1/_2$ cm und ebenso Isolierung der Blase von der vorderen Scheidenwand. Nach völliger Umschneidung und Auslösung der Fistel

wird dieselbe dann durch 7—8 Catgut Nähte geschlossen und dann die sehr dicke hypertrophische Scheidenwand mit der Schleimhaut auf der Vaginal-Portio, an der vorderen Lippe vereinigt: und ebenso im linken Scheidengewölbe die Schleimhaut im wesentlichen vernäht. Einlegung eines Dauerkatheters. Schluss der beiden Scheidenschnitte durch fortlaufende Nähte.

Die ganze Wunde, wie auch die seitlichen Scheideneinschnitte sind per primam vereinigt, sodass Patientin nach drei Wochen entlassen werden konnte.

14. Fall. Böh. Ma., 50 Jahre alt, I p. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind normal verlaufen. Periode mit 22 Jahren begonnen; ist immer regelmässig gewesen. Seit 2 Jahren Menopause. Mit 18 Jahren hat Patientin Typhus durchgemacht und im Anschluss daran Gelenkrheumatismus. Mit 20 Jahren will sie an Lungenentzündung erkrankt gewesen sein; seit ca. 5 Jahren leidet sie an Gicht in den Füssen und Armen.

Seit 2 Jahren klagt Patientin über blutigen, riechenden Ausfluss und Urinabgang. Seit 9 Jahren soll ein Fremdkörper in der Vagina sein. Patientin will gar keine Beschwerden davon haben und erst vor 8 Tagen vom Arzt erfahren haben, dass in der Scheide ein Gegenstand liege!

Befund: Im Introitus vaginae ist zu sehen der untere Rand eines sagittal gestellten runden Blechdeckels von ca. 4—5 cm Durchmesser. Rechts davon dringt der Finger etwas nach oben in die Vagina ein; links, neben dem genannten Deckel, ein anderer Fremdkörper, dessen Natur zunächst nicht klar ist. Alles ist durch Granulationen und gewucherte Schleimhaut fixiert.

Es gelingt zunächst den Blechdeckel mit einer Zange zu fassen und herauszuholen; dabei gleitet auch der andere Fremdkörper aus der Scheide heraus, und erweist sich als der Boden eines Glasgefässes. Dasselbe liegt mit dem geschlossenen Teil in dem Deckel, während der freie Rand, welcher zerbrochen ist und zahlreiche Spitzen aufweist, sich in die linke Vaginalwand eingebohrt hat.

Die ganze Scheide ist nach Entfernung der beiden Fremdkörper stark zerklüftet und blutet ziemlich intensiv. Die in

die Blase eingeführte Flüssigkeit fliesst durch die Scheide nicht ab.

Nach wiederholten täglichen desinfizierenden Ausspülungen haben sich die Granulationen überhäutet und Patientin wurde als geheilt entlassen.

15. Fall. Rut. Mar., 53 Jahre alt, III p. Alle Entbindungen sind normal verlaufen; die letzte vor 16 Jahren. Menses waren bis zum 40. Jahre regelmässig; dann bis zum 46. Jahre unregelmässig. Seit 7 Jahren Menopause.

Patientin klagt über brennende Schmerzen im Unterleib, die seit ein paar Monaten bestehen; vorhandener Ausfluss soll mit Blut untermischt sein. Sie fühlt sich sehr schwach, der Appetit ist schlecht und starker Durst ist vorhanden.

Befund: In der Vagina liegt ein furchtbar jauchender Schwamm. Auf der ganzen Vagina wie auch auf der Portio sind reichliche Ulcerationen zu sehen.

Nach mehreren Scheidenausspülungen und Ätzung der Ulcerationen mit Arg. nitr. Stift ist Patientin geheilt und entlassen worden.

16. Fall. Lam. Ka., 28 Jahre alt, VI p. Menses mit 19 Jahren begonnen; sind stets unregelmässig gewesen, oft 3 Monaten aussetzend und mit Schmerzen verbunden. Letzte Menstruation war vor 6 Monaten. Sie ist jetzt gravida im 6. Monat. Patientin hat viel mit Halsleiden zu tun, soll fünfmal an Magengeschwür erkrankt gewesen sein, hat immer über Magenbeschwerden zu klagen. Entbindungen und Wochenbette sind normal verlaufen.

Seit einigen Monaten spürt sie bei anstrengender Arbeit krampfartige Schmerzen im Unterleib. Ausfluss besteht seit einigen Tagen. Besonders starke Schmerzen hat sie in der letzten Nacht gehabt vor der Aufnahme in die Klinik und deshalb hat sie angeblich einen Scheideneinlauf mit Terpentin gemacht.

Daraufhin sind heftige Schmerzen entstanden; die Vaginal-Schleimhaut war stark angeschwollen. Eine herbeigeführte Hebamme suchte eine Scheidenausspülung zu machen, was jedoch bei der hochgradigen Schmerzhaftigkeit nicht gelang. Sie schickte daher die Frau in die Klinik.

Befund: Äussere Genitalien und die Haut der Oberschenkel sind mit einer gelblichen Schmiere bedeckt, die sich vollständig mit dem Tupfer wegwischen lässt. Soweit sich die hochgradig geschwollene und schmerzhafte Schleimhaut übersehen lässt, ist sie mit einem dicken, gelblichen Schorfe bedeckt. Das Sekret der Scheide ist dick, trüb, von gelber Farbe, zeigt einzelne Fettaugen und riecht intensiv nach Terpentin.

Es sind Scheidenausspülungen mit Borsäurelösung gemacht worden und Patientin wurde nach wenigen Tagen entlassen.

17. Fall. Rap. Joh., 75 Jahre alt, II. p. Menses mit 16 Jahren begonnen; sind immer regelmässig gewesen, schmerzlos, von 8tägiger Dauer und mit reichlicher Blutung.

Anfang der 90er Jahre ist ein Prolaps eingetreten, der durch einen Ring zurückgehalten wird. Vor 2 Monaten wurde ihr hier ein Ring eingelegt; Patientin kam jetzt zum Ringwechsel hieher.

Befund: Es besteht ein geringer Prolaps der hinteren Scheidenwand mit Ausstülpung des Mastdarmes. In der Vagina liegt, umgekehrt mit dem Bügel nach oben, ein Löhlein'sches Pessar. Der Bügel ist tief in die Schleimhaut eingewachsen.

Das Pessar wird mit Muzeux gefasst und die Gewebsbrücke mit der Scheere durchschnitten. Ein Sublimattampon ist eingelegt worden. Nach wenigen Tagen ist Patientin entlassen worden.

18. Fall. Mit Einwilligung des Herrn Professor Hofmeier werde auch diesen Fall veröffentlichen, obwohl er, streng genommen, nicht in die Kategorie jener Fälle gehört, bei denen eine Verletzung der Scheide durch Fremdkörper vorliegt. Oder sollte doch am Ende der Stein von der Blase aus als Fremdkörper gewirkt haben und die Blasenscheidenfistel hervorgerufen haben?

Kr. Ba., 38 Jahre alt, II. p. Erste Entbbindung vor 15 Jahren: spontan. Die zweite im Mai 1890: dauerte 18 Stunden mit angeblich sehr stürmischen Wehen; endete ebenfalls spontan aber mit totem Kinde. Am 14. Tage des zweiten Wochenbettes, das übrigens normal verlaufen sein soll, stellte sich plötzlich unwillkürlicher Harnabgang ein. Vom Arzt wurde schon damals eine Fistel konstatiert.

Patientin ist seitdem in Behandlung von einem anderen Arzt getreten und behauptet im ganzen, etwa 30mal, mit Höllenstein geätzt worden zu sein.

Vor einem Jahre soll in einer hiesigen Privatklinik ein Blasenstein entfernt worden sein; während die Fistel nicht operiert wurde. Patientin leidet ausser dem Urinabflusse auch an sehr starke Schmerzen in der Blasengegend.

Befund: Am Ende des vorderen Scheidengewölbes, gerade am Ansatz der Portio, in der Mittellinie, findet sich ein bohnengrosses Loch, welches in die Blase führt. Vom vorderen Scheidengewölbe aus fühlt man in der Blase einen taubeneigrossen Tumor, der sich bei näherer Untersuchung mit dem Katheter als Blasenstein entpuppt. Die Blase ist sehr schmerzhaft. Der Uterus ist mässig anteflektiert; ist nicht vergrössert. Anhänge sind frei.

In Narkose wurde die Harnröhre mit Simon'schen Speculis dilatiert und der Blasenstein ist nach dessen Zertrümmerung mit der Kornzange stückweise herausbefördert worden unter reichlichem Durchspülen der Blase mit $1^1/_2\%$ Karbollösung. Einige kleine Einrisse an der Urethralmündung wurden mit Catgut vernäht. Zwei Tage darnach wurde die Blasenscheidenfistel operativ beseitigt.

Nach 2—3 Monaten stellte sich Patientin nochmals vor, und konnte man konstatieren, dass die Fistel vollständig beseitigt war und kein unwillkürlicher Urinabfluss mehr stattfand.

Wie man aus dem bis jetzt gesagten ersehen kann, hat sich das Sündenregister der Scheidenpessare um 14 Fälle noch vermehrt.

Es kommen in Betracht 2 Zwank-Schilling'sche, 2 Thomas-Ringe, 1 grosser Mayer'scher Gummiring, 1 Celluloidring, 1 Gummiring mit Draht, 1 Löhlein'sches Pessar, 1 Schraubenpessar, in drei Fällen ist die Art des Pessars nicht angegeben, in 1 Fall ein selbstgefertigter Ring aus Bast- oder Weidenruten und in einem anderen ein Lederkissen mit Heufüllung hat das Pessar ersetzt.

Die Länge der Zeit, die alle diese Pessare gebraucht haben, um die erwähnten pathologischen Veränderungen hervorzurufen,

ist so grundverschieden, dass man aus ihr absolut keine Schlüsse ziehen kann.

In einem Falle hat die Zeit von zwei Monaten genügt um Wucherung und Ulceration der Scheidenwand zu bedingen; in einem anderen Falle dagegen musste das Pessar 40 Jahre lang in der Scheide liegen bis es so weit kommen könnte. Wieder im anderen Fall hat die Patientin 12 Jahre lang ununterbrochen ein und dasselbe Hysterophor getragen, und hat nur Ulcerationen der Scheidenwand davongetragen; dagegen die andere Patientin, die während der Zeit von 6 Jahren dasselbe Hysterophor trug, musste alle die unangenehmen Folgen einer Blasenscheidenfistel ertragen.

Es hängen doch meistens diese Verletzungen der Scheide durch die Pessare, in erster Linie von der Form, Grösse und Material des Pessars ab. Und in zweiter Linie von der Reinigung resp. Vernachlässigung der Pessare von Seiten der Kranken.

Die sicherste Prophylaxis gegen diese Verletzungen wäre natürlich, wenn man alle Fälle von Descensus oder Prolapsus uteri et vaginae operieren würde, resp. operieren könnte; da dies aber aus verschiedenen Gründen in einer Anzahl von Fällen unmöglich ist, so muss der Arzt mit grösster Vorsicht und Sorgfalt die passende Form, Grösse und Art des Pessars aussuchen; andererseits auch die Gefahren einer Vernachlässigung des Pessars den Kranken kundtun, und denselben genaue und strenge Anweisungen bezüglich der Pflege des Pessars geben; um nicht, um einem Übel abzuhelfen, ein neues Übel, das oft noch schlimmer ist als das erste, hervorzurufen.

Zum Schluss will ich noch die zwei Fälle beschreiben, bei denen eine Verletzung der Scheide sub coitu vorliegt.

Dass Vaginalverletzungen sub coitu entstehen, das kann man nicht mehr bezweifeln; obwohl gerichtsärztliche Autoritäten wie Hofmann und Maschka geneigt sind, diese Verletzungen nicht als Folge des Coitusaktes, sondern der denselben begleitenden rohen Manipulationen anzunehmen.

Wie aber die Verletzungen zustande kommen, darüber ist man noch nicht einig.

Neugebauer (Monatsschr. für Geb. u. Gynäk. Bd. 9. p. 221 und 389) unterscheidet auf Grund 157 von ihm zusammengestellten Fällen zufällige Ursachen der Verletzung sub coitu von solchen, die der Verletzung direkt prädisponieren.

Zu den Zufälligen gehören: Anwendung brutaler Gewalt bei einer Notzucht im Verein mit dem Widerstande der überfallenen Person, betrunkenen Zustand eines oder beider Teilnehmer des Aktes.

Zu den prädisponierenden von seiten der Männer: Im Verhältnis zu den weiblichen betreffenden Genitalien übermässig grosses Membrum; ferner wurde in einem Falle der Umstand betont als ursächliches Moment, dass der Coitus mit zurückgezogenem Präputium stattfand.

Zu den prädisponierenden Ursachen von seiten der weiblichen Genitalien rechnet Neugebauer: das Kindesalter und Genitalien die in der Entwicklung zurückgeblieben sind.

Warmann (Centrbl. f. Gynäk. 1897 Nr. 24 p. 736) meint: Weder das Alter und Pose der Beischlafenden, noch die Art und Weise wie auch die mehrere anderen Umstände, unter welchen der Coitus ausgeführt wird, geben einen Anhaltspunkt für die Annahme eines einheitlichen kausalen Moments für die Verletzung. Auch genügt, nach ihm, die alleinige Vehemenz bei der Einführung der Phallus nicht, für die Ausbildung solch einer Wirkung.

Vielmehr will er den Schwerpunkt der Sache sehen in beiderseitigen, begehrlichen und stürmischen Anteil der Beischlafenden.

1. Fall. Sc. N., 24 Jahre alt. Menses mit 15 Jahren begonnen; immer regelmässig.

Gestern hat sie Hochzeit gehabt; bald darauf erster, nach der Beschreibung etwas stürmischer Coitus, bei dem starke Schmerzen und heftige Blutung auftraten.

Befund: Sämtliche Kleider sind mit Blut beschmutzt. Die Frau sieht stark anämisch aus. Hymen defloratus. Am unteren Drittel der Scheidenschleimhaut ein 1 cm langer Einriss, aus dem es flächenhaft blutet.

Tamponade mit Jodoformgaze hat die Blutung gestillt.

2. Fall. Ull. Mai., 26 Jahre alt, I p. Erste Periode mit 14 Jahren, die ersten 2 Jahren alle 6 Monaten eintretend, dann 2 Jahre unregelmässig und nachher regelmässig. Die Entbindung ist durch die Zange beendigt worden.

Patientin gibt an, vor etwa 2 Jahren geheiratet zu haben. In der Brautnacht soll sie verletzt worden sein und habe sich deshalb in ärztliche Behandlung begeben, wo die digitale Erweiterung der Scheide vorgenommen wurde.

8 Tage darauf durchbohrte der Gatte von der Fossa navicularis aus die Vaginalwand. Patientin fühlte deutlich „das Krachen“ und wurde von einer starken Blutung befallen. Kot ging jedoch noch nicht durch die Vagina ab; erst im Laufe der nächsten 14 Tage. Vermutlich hat der Gatte auch späterhin noch den falschen Weg betreten.

Jetzt klagt Patientin über unwillkürlichen Abgang von Flatus und Stuhl, wenn er dünn ist.

Bei der Untersuchung fand sich eine Rektovaginal-Fistel.

Scheiden- und Rektalschleimhaut wurden von einander getrennt und isoliert sowohl Rektum wie Scheide vernäht.

Nach 2 Wochen ist Patientin als geheilt entlassen worden.

Zum Schlusse entledige ich mich der angenehmen Pflicht, meinem verehrten Lehrer,

Herrn Professor Dr. **Hofmeier**

für die freundliche Überlassung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

# Literatur-Verzeichnis.


Neugebauer, Sündenregister der Scheidenpessarien; Sammlung klinischer Vorträge No. 198.

Neugebauer, Sündenregister der Scheidenpessarien; Archiv für Gynäkologie 1893, Bd. 43, pag. 373.

Winternitz, Über Scheidenpessarien.

Hauff, (Dissert. Tübingen). Über Fremdkörper in der Vagina.

Ludwig (Dissert. Tübingen). Über Pessarien.

## Lebenslauf.

Ich, Alcibiades Maltos, türkischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 25. Januar 1876 zu Megarovon (Macedonien) als Sohn des Kaufmannes Constantin Maltos in Monastir. Nach Besuch der Volksschule und griechischen humanistischen Gymnasiums erwarb ich mir am 19. Juni 1892 das Reifezeugnis und bezog im September 1894 die Universität zu Athen und von Mai 1898 bis Ende Sommersemester 1902 die Universität zu Würzburg.

Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich im Wintersemester 1903 und wurde am 13. März 1903 als Arzt approbiert. Vorstehende Dissertation habe ich unter der Leitung des Herrn Professors Max Hofmeier verfasst.